

LA QUESTION DES RESTES A CHARGE

Dr Bernard MORIAU (MDM), personne qualifiée au Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale

11 mars 2024

« Le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention de la Sécurité sociale, de l'Etat et des organismes complémentaires. En 2022, les ménages ont dépensé 17,0 milliards d'euros sur le champ de la CSBM soit 7,2% de l'ensemble. Le reste à charge augmente de 0,1 point en 2022, porté par la hausse du RAC dans les soins hospitaliers. Il était de 7,1% en 2021 et de 7% en 2020 ».

« Rapporté à la population française, le reste à charge représente en moyenne 250 euros par habitant en 2022. Il est constitué en particulier de 67 euros de dépense de médicaments, de 45 euros de soins hospitaliers, de 30 euros de soins de médecins et de 23 euros d'optique hors lentilles. Cette moyenne cache toutefois de grandes disparités de reste à charge selon l'âge et l'état de santé ».

« De fortes baisses de reste à charge dans les secteurs concernés par le 100% santé hors optique ».

(Les dépenses de santé en 2022-Edition 2023-DREES).

RESTES A CHARGE ACTUELS

Les franchises médicales

Ce sont des sommes qui sont déduites des remboursements effectués par l'Assurance maladie.

La très grande majorité des contrats de complémentaire santé (dits contrats responsables) ne prennent pas en charge ces sommes.

Elles concernent tous les assurés sociaux. Il y a des exemptions, entre autres : les femmes enceintes (à partir du 6e mois), les enfants de moins de 18 ans, les personnes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale d'Etat (AME). Elles

s'appliquent donc aux patients en Affection de longue durée (ALD), en accident du travail (AT) et en maladie professionnelle (MP).

Elles sont prélevées directement sur les remboursements ou en cas de tiers payant sur d'autres prestations versées par l'Assurance maladie ou sont réclamées à l'assuré par la caisse

Une première série (2004) de franchises dites « participations forfaitaires » porte sur :

- Les actes médicaux (consultations et radiologie) : 1 euro par acte
- Les actes de biologie : 1 euro par ligne d'examen (glycémie : 1 euro, bilan lipidique : 1 euro).

Le montant journalier ne peut excéder 4 euros et le montant annuel 50 euros

Une deuxième série (2008) de franchises porte sur :

- Les remboursements des médicaments : 0,50 euros par boîte, sans aucun plafonnement journalier
- Les actes paramédicaux : infirmières, kinés, orthoptistes, orthophonistes, pédicures : 0,50 euros par acte (par ex pour un passage infirmier le même jour : 0,50 pour l'injection, 0,50 pour le pansement, 0.50 pour la toilette). Le montant journalier est plafonné à 2 euros
- les transports sanitaires : 2 euros par trajet plafonné à 4 euros par jour.

NB la franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence (appel du Samu centre 15), ni pour les médicaments contraceptifs pour les mineures

Le montant annuel de ces franchises ne peut excéder 50 euros par assuré.

Le plafond pour l'ensemble des participations forfaitaires et franchises est de 100 euros par an qui restent donc à la charge de l'assuré.

Le ticket modérateur

C'est la partie des dépenses de santé non remboursée par l'Assurance maladie mais pouvant être prise en charge par les complémentaires santé pour celles et ceux qui en ont.

Son montant dépend de l'acte ou du traitement médical et de la situation de la personne (maladie, maternité, invalidité, accident du travail/maladie professionnelle)

Il est par exemple de 30 % pour les consultations médicales dans le parcours de soin, et de 70% hors parcours, 40% pour les soins dentaires, de 35 %, 70% ou 85% selon les médicaments, 45 % pour les transports...

Il y a des exemptions entre autres : les femmes enceintes (à partir du 6e mois et jusque 12

jours après l'accouchement), les soins liés à l'IVG, les personnes bénéficiaires de la CSS et de l'AME, du régime d'Alsace Moselle, les soins en AT/MP et les soins en ALD, à partir du 31^e jour d'hospitalisation.

Le ticket modérateur peut-être remplacé par une participation forfaitaire de 24 euros pour certains actes lourds.

Le forfait passage aux urgences (2022) pour les personnes qui ne sont pas hospitalisées : 19,61 euros

Avec des baisses de tarif à 8,49 (ALD..) et des exemptions (femmes enceintes..)

Le forfait hospitalier : 20 euros par jour et 15 euros en service de psychiatrie

Il peut être pris en charge par la complémentaire santé

Il y a des exonérations du forfait hospitalier entre autres les femmes enceintes (à partir du 6e mois et jusque 12 jours après l'accouchement), les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide médicale d'Etat (AME), les patients dépendant du régime d'Alsace Moselle, les soins en AT/MP mais les personnes en ALD n'en sont pas exemptées

Réf. : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge>

« LES RESTES A CHARGE INVISIBLES »

Concernant le sujet des restes à charge, *France Assos Santé évoque la question des « restes à charges invisibles », c'est-à-dire les dépenses en lien avec la santé qui ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, ni par les complémentaires santé et passe ainsi sous les radars des comptes sociaux. Il peut s'agir de dépenses pour du petit matériel médical : seringues, masques, matériel de kinésithérapie, de produits d'hygiène (sérum physiologique, gel hydro-alcoolique, pastilles de stérilisation.), ou encore de soins de support (ostéopathe, diététicien, soutien psychologique), ou frais de transport ou d'hébergement pour se rendre à des consultations médicales, non remboursés. Une étude réalisée en 2019 par France Assos Santé portant sur 351 personnes atteintes d'une maladie chronique, en situation de handicap, ou aidante, a révélé qu'en moyenne ces frais atteignaient 1000 euros par an, en plus des autres restes à charge déjà comptabilisés (Note de position FAS 2024).*

AUGMENTATION DES RESTES A CHARGE DANS LE PLFSS 2024 ADOPTE SANS VOTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE LE 4 DECEMBRE 2023 ET DES COMPLEMENTAIRES SANTE EN 2024

PLFSS 2024 :

- Doublement des franchises médicales et participations forfaitaires.
- Plafond forfaitaire maximum de 50 euros seulement pour les personnes en ALD.
- Réflexion autour du périmètre des ALD.

Les complémentaires santé : selon UFC- Que Choisir :

«Après avoir grimpé à 7,1% en 2023, les cotisations aux complémentaires santé poursuivent l'accélération de leur flambée, puisque les assurés devront subir des hausses moyennes de l'ordre de 10% ».

QUELLES SERONT LES PERSONNES QUI VONT SUBIR DIRECTEMENT CES RESTES A CHARGE ? (Document établi à partir de l'Avis 2023 sur la complémentaire santé solidaire adopté par le CNLE LE 25 Janvier 2024)

Ceux qui n'ont pas accès à la CSS

1) En premier lieu les 4,5 millions de personnes éligibles mais non recourantes à la CSS soit **44% de non recours en 2021** (Rapport annuel 2023 sur la complémentaire santé solidaire DSS). En effet selon une étude pour les personnes éligibles recourantes :

Les problèmes de santé structurent la vie quotidienne des bénéficiaires de la C2S selon « Les constats de l'étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (Les dossiers de la DREES n° 107 mars 2023) ».

« a) En ce qui concerne les travailleurs précaires qui représentent près de la moitié des personnes rencontrées (33 sur 70). Elles occupent des emplois peu qualifiés et pénibles physiquement. Il y a ainsi des ouvriers du secteur du BTP (bâtiment, travaux publics), de la logistique (1), des aides à domicile, des femmes de ménage ou encore des auxiliaires de vie. Autant de métiers connus pour leurs nombreux facteurs de risques professionnels : manutention manuelle de charges, postures pénibles, travail répétitif, etc. Les travailleurs rencontrés dans le cadre de l'étude ont, pour la plupart d'entre eux, une longue carrière derrière eux, et commencent à déclarer des maladies professionnelles. Ils sont également nombreux à avoir connu des accidents du travail et à être en arrêt maladie au moment de l'entretien. La pénibilité de leurs métiers entraine d'importants besoins de santé à mesure qu'ils avancent en âge. Plusieurs d'entre eux ont obtenu une reconnaissance de la qualité de

travailleur handicapé (RQTH) à la suite d'un accident du travail. On compte également une forte proportion de personnes en affection de longue durée (ALD).

b) Parmi les 70 personnes rencontrées, 28% bénéficient d'une prise en charge en affection longue durée contre 18% de l'ensemble des assurés au niveau national et 28% bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) contre 3% au niveau national.

c) Au-delà des statuts, les personnes rencontrées sont nombreuses à se déclarer en mauvaise

santé, se sentant entravées physiquement par leurs problèmes de santé. Les douleurs sont quasi quotidiennes. Limités dans leur motricité et certains gestes leur étant interdits ou impossibles, de nombreux enquêtés sont ainsi en incapacité de travailler. Cette incapacité professionnelle est souvent mal vécue par les personnes rencontrées, qui ont le sentiment de perdre leur pouvoir d'agir. Même les tâches domestiques quotidiennes, comme faire le ménage ou sortir faire des courses, peuvent être sources de difficultés, voire de souffrance.

d) Mais pour plusieurs enquêtés, l'accumulation des difficultés financières, matérielles et de santé impacte leur bien-être psychique. Ils se déclarent pessimistes, avoir connu des épisodes de dépression plus ou moins récemment et certains d'entre eux se font accompagner par des

psychologues ou des psychiatres.

e) Les problématiques de santé ont des impacts très concrets sur le quotidien des enquêtés. Leurs semaines sont rythmées par des consultations régulières chez les professionnels de santé : médecin généraliste pour le renouvellement d'ordonnances, médecins spécialistes, suivi du kinésithérapeute, du podologue. Leur suivi médical nécessite un investissement et une réelle organisation ».

2) Mais aussi avec la hausse inédite de 8,1% en 2024 des mutuelles santé annoncée par la mutualité française dans son enquête parue le 19 décembre 2023, il est à craindre que les personnes qui ne bénéficient pas de la CSS et qui sont au-dessus du seuil de sortie du dispositif de 1 093 euros mais sous le seuil de pauvreté actuellement de 1 158 euros renoncent aux soins faute de pouvoir prendre en charge cette dépense ou arbitrent entre des dépenses contraintes.

Le CNLE propose de relever le plafond de ressources retenu pour attribuer la CSS sans participation financière au seuil de pauvreté fixé à 60% du revenu médian calculé par l'INSEE corrigé de l'inflation (14,58% entre janvier 2021 et décembre 2023), soit 1 327 euros par unité de consommation ».